



### Health Network General Consent / Formato de consentimiento general

MM/DD/YYYY  
mes/día/año

\_\_\_\_\_  
**Name of patient / Nombre del paciente**

\_\_\_\_\_  
**Date of birth / Fecha de nacimiento**

Migrant Clinicians Network is a non-profit organization that helps with continuity of care through the Health Network program at no cost to me (or my child). However, MCN cannot guarantee access to all healthcare providers or the quality of care. Providers are independent and not MCN employees. MCN does not provide or oversee treatment or outcomes.

Migrant Clinicians Network es una organización sin fines de lucro que ayuda con la continuidad de la atención a través del programa Health Network sin costo alguno para mí (o mi hijo/a). Sin embargo, MCN no puede garantizar el acceso a todos los proveedores de atención médica ni la calidad de la atención. Los proveedores son independientes y no empleados de MCN. MCN no proporciona ni supervisa el tratamiento o los resultados.

I consent to MCN using my (or my child's) health and personal information solely for medical treatment, healthcare operations, or as authorized by me. I agree to inform future providers of my (or my child's) MCN enrollment to facilitate record transfers and consent to MCN maintaining sensitive health information.

Doy mi consentimiento para que MCN utilice mi información médica y personal (o la de mi hijo/a) únicamente para tratamiento médico, operaciones de atención médica o según lo autorice. Acepto informar a los futuros proveedores de mi inscripción (o la de mi hijo/a) en MCN para facilitar la transferencia de registros y doy mi consentimiento para que MCN conserve la información confidencial sobre mi salud.

I authorize MCN and my (or my child's) providers to access these records for treatment.

Autorizo a MCN y a mis proveedores (o los de mi hijo/a) a acceder a estos registros para el tratamiento.

MCN may contact me about follow-ups and referrals while adhering to confidentiality laws. This consent is valid for 24 months or until I opt out. I can request to leave the Health Network program or limit its scope at any time and receive a copy of my (or my child's) records upon request.

MCN puede ponerse en contacto conmigo para realizar seguimientos y derivaciones respetando las leyes de confidencialidad. Este consentimiento es válido por 24 meses o hasta que yo opte por retirarme. Puedo solicitar abandonar el programa de Health Network o limitar su alcance en cualquier momento y recibir una copia de mis registros (o los de mi hijo/a) si la solicito.

I release MCN and its affiliates from any claims or liabilities related to my (or my child's) Health Network enrollment

Libero a MCN y a sus afiliadas de cualquier reclamo o responsabilidad relacionados con mi inscripción (o la de mi hijo/a) en Health Network.

\_\_\_\_\_  
**Signature of the patient or legal representative / Firma del paciente o representante legal**

\_\_\_\_\_  
**Date of Signature / Fecha de Firma**

\_\_\_\_\_  
**Phone number / Número telefónico**

\_\_\_\_\_  
**Signature of Witness / Firma de Testigo**

\_\_\_\_\_  
**Date of Signature/ Fecha de Firma**

**A contact person whom Health Network can communicate with who will always know the patient's location.**  
Un contacto que siempre sabrá del paciente con quien Health Network se pueda comunicar

\_\_\_\_\_  
**Name of contact / Nombre del contacto**

\_\_\_\_\_  
**Phone # / # telefónico**

\_\_\_\_\_  
**e-mail / correo electrónico**

\_\_\_\_\_  
**Name of contact / Nombre del contacto**

\_\_\_\_\_  
**Phone # / # telefónico**

\_\_\_\_\_  
**e-mail / correo electrónico**

.....  
**For the health care provider / Para el proveedor de servicios de salud**

\_\_\_\_\_  
**Gender** Farmworker  Yes  No **Traveling to** \_\_\_\_\_ **City, State**

**Language:** English  Spanish  Haitian Creole  Other \_\_\_\_\_

**Country of Origin:** \_\_\_\_\_ **Current Location:** \_\_\_\_\_

**Medical reason for requesting continuity of care support from Health Network:**

TB  Perinatal Care  Cancer  Diabetes  HIV/Aids  General Health  Pediatrics

**Reason :** \_\_\_\_\_

**Please attach all medical records (screening results, hospital records , Clinical Notes, etc) to this consent.**